

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

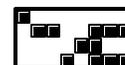
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 0 0



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4	9	0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:

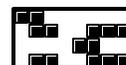
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

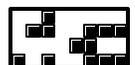
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

4 9 0 0 0 0 0 0



CALIFORNIA DEPARTMENT OF

Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 0 1



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

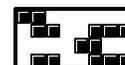
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

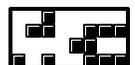
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 0 2



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:

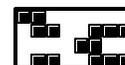
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

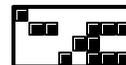
- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me dieron información sobre mis derechos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

5. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:

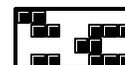
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

4 9 0 0 0 0 0 3



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

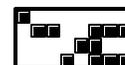
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
0
4



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

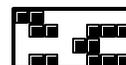
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

- | | Terrible | No estoy contento(a) | Generalmente Insatisfecho(a) | Más ó menos | Generalmente Satisfecho(a) | Contento(a) | Encantado(a) |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Su salud en general? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Su condición física? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. ¿Su bienestar emocional? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

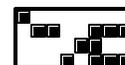
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
0
0
5



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

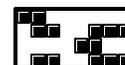
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

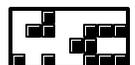
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

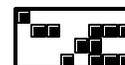
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
0
0
6



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:

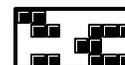
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

4 9 0 0 0 0 0 6



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

- - -



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

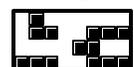
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

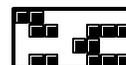
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

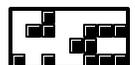
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

4 9 0 0 0 0 0 7



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

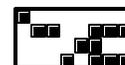
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me dieron información sobre mis derechos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
0
8



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

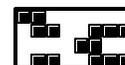
11. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF

Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
0
0
9



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

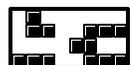
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

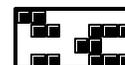
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

- | | Terrible | No estoy contento(a) | Generalmente Insatisfecho(a) | Más ó menos | Generalmente Satisfecho(a) | Contento(a) | Encantado(a) |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Su salud en general? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Su condición física? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. ¿Su bienestar emocional? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

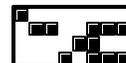
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 1 0



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

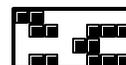
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

- Escriba la fecha de nacimiento
- Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

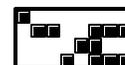
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 1 1



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

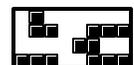
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

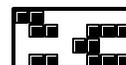
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

- Escriba la fecha de nacimiento
- Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

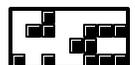
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

4 9 0 0 0 0 0 1 1



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

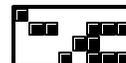
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 1 2



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

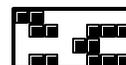
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

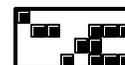
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 1 3



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:

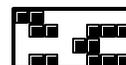
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	●	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

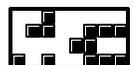
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

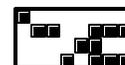
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
1
4



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

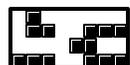
Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

5. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:

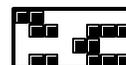
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

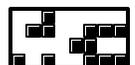
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

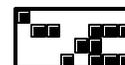
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
1
5



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

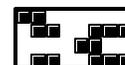
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

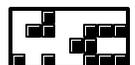
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✕ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

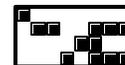
- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

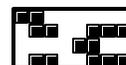
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 - Anglosajón / Blanco
 - Indio Americano / Nativo de Alaska
 - Raza desconocida
 - Africano Americano
 - Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 - Asiático
 - Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento →

2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 - Yo decidí venir por mi propia voluntad.
 - Alguien más recomendó que yo viniera.
 - Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 - No necesite ayuda.
 - Un entrevistador profesional me ayudó.
 - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
 - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 - Otro consumidor de salud mental me ayudó.
 - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 - Un miembro de mi familia me ayudó.
 - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

□	□
---	---

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

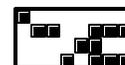
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 1 7



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

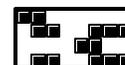
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

4 9 0 0 0 0 0 1 7



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

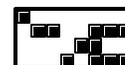
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me dieron información sobre mis derechos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
0
1
8



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

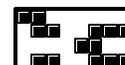
11. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

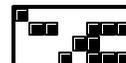
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 1 9



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

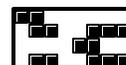
11. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

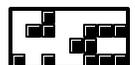
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

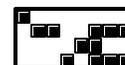
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
2
0



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

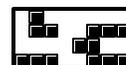
Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4	9	0	0	0	0	0	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

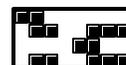
11. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

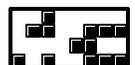
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

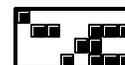
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 2 1



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

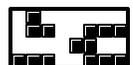
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

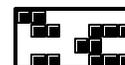
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto Incorrecto

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

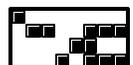
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me dieron información sobre mis derechos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 2 2



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

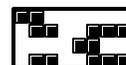
11. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

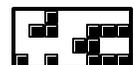
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

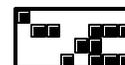
- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me dieron información sobre mis derechos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

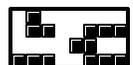
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:

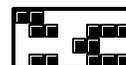
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 2 4



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

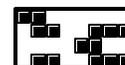
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

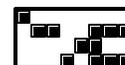
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 2 5



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

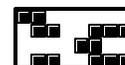
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

- | | Terrible | No estoy contento(a) | Generalmente Insatisfecho(a) | Más ó menos | Generalmente Satisfecho(a) | Contento(a) | Encantado(a) |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Su salud en general? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Su condición física? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. ¿Su bienestar emocional? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

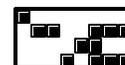
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
2
6



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

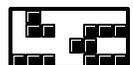
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:

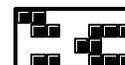
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

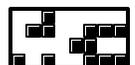
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
2
7



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

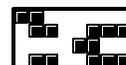
11. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

- Escriba la fecha de nacimiento
- Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

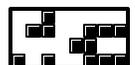
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

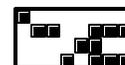
- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

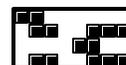
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

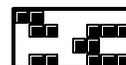
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

- Escriba la fecha de nacimiento
- Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

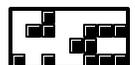
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

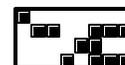
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
3
0



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4	9	0	0	0	0	0	3	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

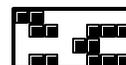
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

- Escriba la fecha de nacimiento
- Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

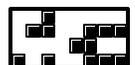
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

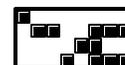
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
3
1



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

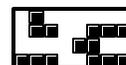
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:

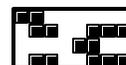
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

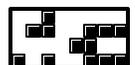
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

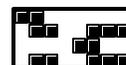
11. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

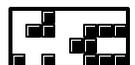
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

5. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

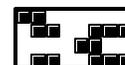
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

- | | Terrible | No estoy contento(a) | Generalmente Insatisfecho(a) | Más ó menos | Generalmente Satisfecho(a) | Contento(a) | Encantado(a) |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Su salud en general? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Su condición física? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. ¿Su bienestar emocional? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

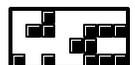
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

4 9 0 0 0 0 3 3



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

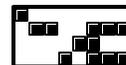
- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento → Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) **04 - 30 - 1967**

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

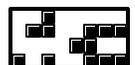
County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

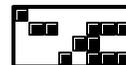
- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:

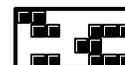
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

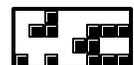
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

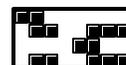
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

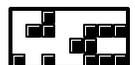
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

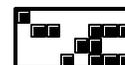
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 3 7



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

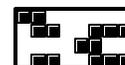
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

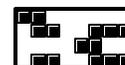
11. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

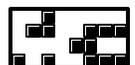
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

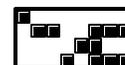
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
0
3
9



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

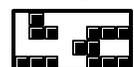
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

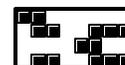
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
0
4
0



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

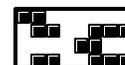
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

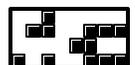
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

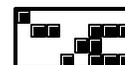
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
4
1



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

5. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

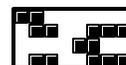
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

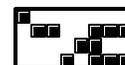
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
4
2



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

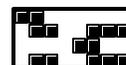
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

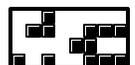
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

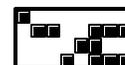
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 4 3



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

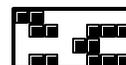
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

- | | Terrible | No estoy contento(a) | Generalmente Insatisfecho(a) | Más ó menos | Generalmente Satisfecho(a) | Contento(a) | Encantado(a) |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Su salud en general? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Su condición física? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. ¿Su bienestar emocional? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

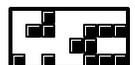
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

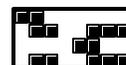
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

4 9 0 0 0 0 4 4



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

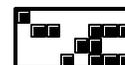
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
0
4
5



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

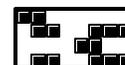
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

4 9 0 0 0 0 0 4 5



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

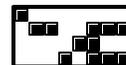
- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me dieron información sobre mis derechos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:

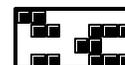
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

- Escriba la fecha de nacimiento
- Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

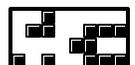
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF

Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

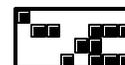
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
0
4
7



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

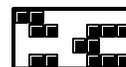
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

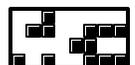
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

4 9 0 0 0 0 0 4 7



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

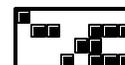
- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

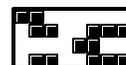
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

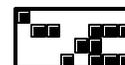
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
0
4
9



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

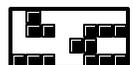
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

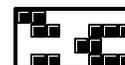
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

- Escriba la fecha de nacimiento
- Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

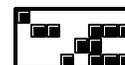
- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

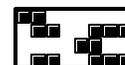
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

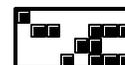
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

- - -



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

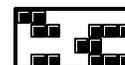
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

- Escriba la fecha de nacimiento
- Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

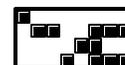
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
0
5
2



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:

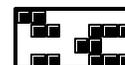
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

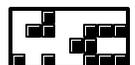
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

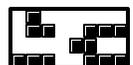
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

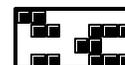
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

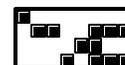
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
5
4



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

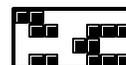
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

- Escriba la fecha de nacimiento
- Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

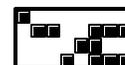
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
0
5
5



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

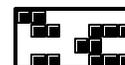
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

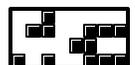
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 5 6



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

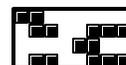
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento → Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) **04 - 30 - 1967**

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

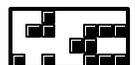
County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

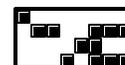
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
5
7



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

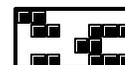
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

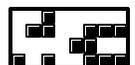
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

4 9 0 0 0 0 5 7



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

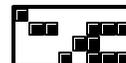
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
5
8



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

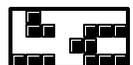
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

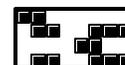
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

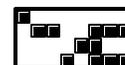
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
5
9



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

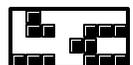
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

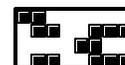
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

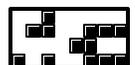
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

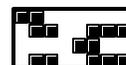
11. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

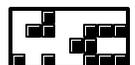
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF

Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

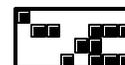
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 6 1



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

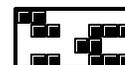
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

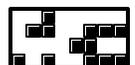
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

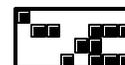
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
0
6
2



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

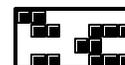
11. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

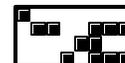
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
0
6
3



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

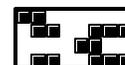
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me dieron información sobre mis derechos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

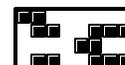
11. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

- Escriba la fecha de nacimiento
- Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

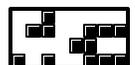
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

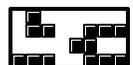
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

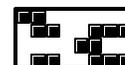
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

- | | Terrible | No estoy contento(a) | Generalmente Insatisfecho(a) | Más ó menos | Generalmente Satisfecho(a) | Contento(a) | Encantado(a) |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Su salud en general? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Su condición física? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. ¿Su bienestar emocional? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

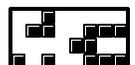
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

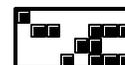
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
6
6



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:

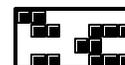
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me dieron información sobre mis derechos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
6
7



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

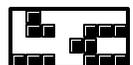
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

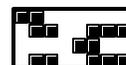
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

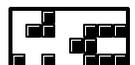
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

4 9 0 0 0 0 6 7



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

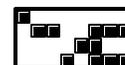
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
6
8



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

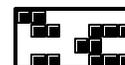
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

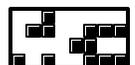
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

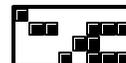
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 6 9



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

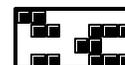
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

- | | Terrible | No estoy contento(a) | Generalmente Insatisfecho(a) | Más ó menos | Generalmente Satisfecho(a) | Contento(a) | Encantado(a) |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Su salud en general? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Su condición física? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. ¿Su bienestar emocional? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

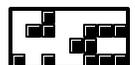
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--

0	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

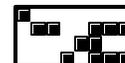
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
0
7
0



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

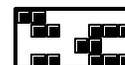
11. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

- | | Terrible | No estoy contento(a) | Generalmente Insatisfecho(a) | Más ó menos | Generalmente Satisfecho(a) | Contento(a) | Encantado(a) |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Su salud en general? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Su condición física? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. ¿Su bienestar emocional? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

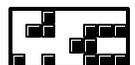
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

4 9 0 0 0 0 7 0



CALIFORNIA DEPARTMENT OF

Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

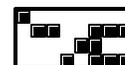
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
0
7
1



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

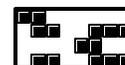
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

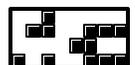
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

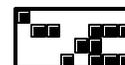
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
0
7
2



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

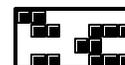
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

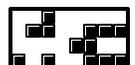
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 7 3



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

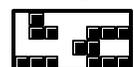
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

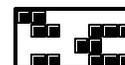
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

- Escriba la fecha de nacimiento
- Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

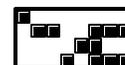
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
7
4



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

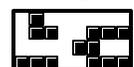
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

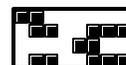
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

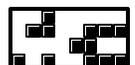
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

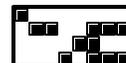
- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

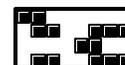
11. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

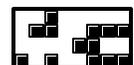
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

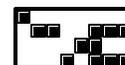
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
0
7
6



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:

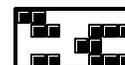
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✕ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

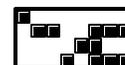
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me dieron información sobre mis derechos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
7
7



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

5. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

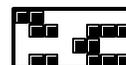
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth

4 9 0 0 0 0 7 7



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

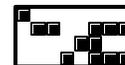
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
7
8



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

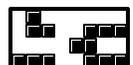
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

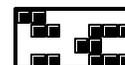
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

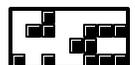
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

4 9 0 0 0 0 7 8



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

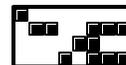
- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me dieron información sobre mis derechos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:

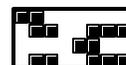
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

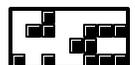
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

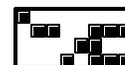
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

- - -



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

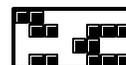
11. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

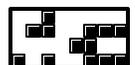
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

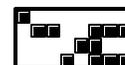
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
8
1



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

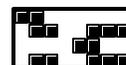
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□
0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

□	□
---	---

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

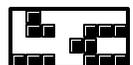
	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

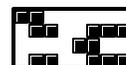
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

- Escriba la fecha de nacimiento
- Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

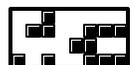
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

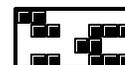
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

- | | Terrible | No estoy contento(a) | Generalmente Insatisfecho(a) | Más ó menos | Generalmente Satisfecho(a) | Contento(a) | Encantado(a) |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Su salud en general? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Su condición física? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. ¿Su bienestar emocional? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento → Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) **04 - 30 - 1967**

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

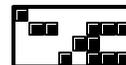
- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

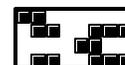
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

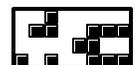
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

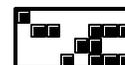
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
8
5



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

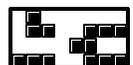
Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

5. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

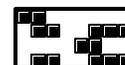
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

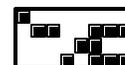
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
8
6



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

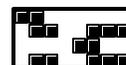
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□
0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF

Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

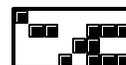
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
8
7



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

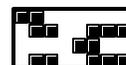
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

- | | Terrible | No estoy contento(a) | Generalmente Insatisfecho(a) | Más ó menos | Generalmente Satisfecho(a) | Contento(a) | Encantado(a) |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Su salud en general? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Su condición física? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. ¿Su bienestar emocional? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)
 [] [] - [] [] - [] [] [] []
 EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:
 Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)
 04 - 30 - 1967
 1. Escriba la fecha de nacimiento
 2. Llene los círculos que corresponden
5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: [1] [1] - [] [] - [2] [0] [0] [3]

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

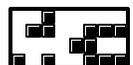
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

[] [] [] [] [] [] [] [] [] []

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3
 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4
 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5
 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6
 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7
 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8
 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

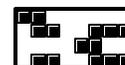
11. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

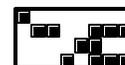
- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

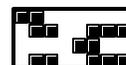
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

- | | Terrible | No estoy contento(a) | Generalmente Insatisfecho(a) | Más ó menos | Generalmente Satisfecho(a) | Contento(a) | Encantado(a) |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Su salud en general? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Su condición física? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. ¿Su bienestar emocional? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

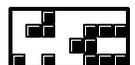
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

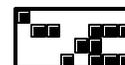
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
9
0



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4	9	0	0	0	0	0	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

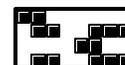
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

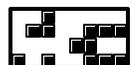
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF

Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

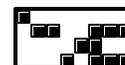
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
9
1



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

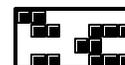
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

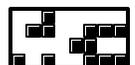
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

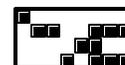
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
9
2



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

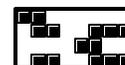
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

- Escriba la fecha de nacimiento
- Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

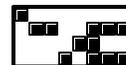
- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

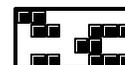
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

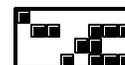
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4 9 - A - S P - 4 9 0 0 0 0 0 9 4



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

5. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

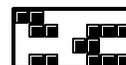
11. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento → Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

2. Llene los círculos que corresponden

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

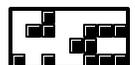
County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

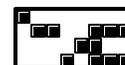
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
9
5



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

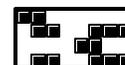
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

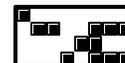
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
- A -
S
P
- 4
9
0
0
0
0
0
9
6



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

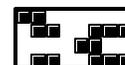
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

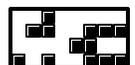
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

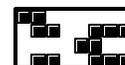
11. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
 Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

- Escriba la fecha de nacimiento
- Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
 Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

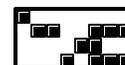
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
9
8



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

- | | No | Sí |
|--|-----------------------|-----------------------|
| A. Comida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Ropa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

- | | No | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

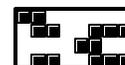
- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

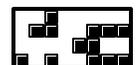
CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
 **Mental Health**
ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y no influenciarian los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está es mi primera visita aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
 ○ He tenido más de una visita pero he ○ 3 a 5 meses
 recibido servicios por menos de un mes. ○ 6 meses a 1 año

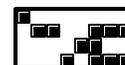
Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

4
9
-
A
-
S
P
-
4
9
0
0
0
0
0
0
9
9



Como resultado de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente.
Cómo se siente sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre.
Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

- Por lo menos una vez al día
 Por lo menos una vez al mes
 Nunca
 Por lo menos una vez a la semana
 Menos de una vez al mes
 No tengo familia / No aplica

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Relaciones Sociales

6. Con cuánta frecuencia:

- A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica
- B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
 Por lo menos una vez al día Por lo menos una vez al mes Nunca
 Por lo menos una vez a la semana Menos de una vez al mes No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

No Sí

- A. Comida No Sí
- B. Ropa No Sí
- C. Vivienda No Sí
- D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes. No Sí
- E. Actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes. No Sí

Asuntos Legales y Seguridad

9. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:

No Sí

- A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo? No Sí
- B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa? No Sí

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen ?

- Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

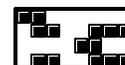
11. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

12. Cómo se siente usted sobre:

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
--	----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- A. ¿Su salud en general? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- B. ¿Su condición física? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)
- C. ¿Su bienestar emocional? Terrible No estoy contento(a) Generalmente Insatisfecho(a) Más ó menos Generalmente Satisfecho(a) Contento(a) Encantado(a)



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
- Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacíficas
- Asiático Otra raza

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que corresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Llene solo una respuesta)
- Yo decidí venir por mi propia voluntad. Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro consumidor de salud mental me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

(FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth

